

INFORMACIÓN AL APLICANTE

Nombre: _____

1. Dirección actual residencia (LETRA IMPRENTA)

Dirección: _____

Ciudad: _____

Código Postal: _____

2. Dirección en Estados Unidos donde tiene intenciones de viajar (LETRA IMPRENTA)

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

3. Correo electrónico: _____

4. Teléfonos convencionales y celulares: _____

5. Ha vivido en el exterior por más de 6 meses: SI NO

En qué país? _____

6. Vacunación:

Es alérgico al huevo SI NO

Alguna vez ha tenido alguna reacción alérgica al aplicarse vacunas SI NO

Tiene alguna alergia severa SI NO

Tiene alguna contraindicación para la aplicación de vacunas SI NO

Le ha dado varicela SI NO

7. Categoría de visa: _____

8. Fecha de cita en el consulado: _____

9. Se ha realizado exámenes anteriores para visa de residencia? SI NO

PARA MUJERES:

10. Está embarazada SI NO

11. Fecha de última menstruación: _____

12. Fecha de nacimiento de todos sus hijos: _____

TODO LO CONTESTADO AQUÍ ES VERDAD

Firma del aplicante